

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 282

Travail de la clinique dermatologique et syphiligraphique
du Professeur NICOLAS

Traitement des ulcérations tuberculeuses
par les cautérisations avec la
solution alcoolique forte de chlorure de zinc
(Contribution à l'étude
de la thérapeutique des tuberculoses cutanées)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Avril 1929

PAR

Danilo POPOVITCH

Diplômé de Bactériologie

Né le 15 Novembre 1898 à BELGRADE (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1929

TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES
PAR LES
CAUTÉRISATIONS AVEC LA SOLUTION ALCOOLIQUE FORTE
DE CHLORURE DE ZINC



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553603_0053

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 282

Travail de la clinique dermatologique et syphiligraphique
du Professeur NICOLAS

Traitement des ulcérations tuberculeuses
par les cautérisations avec la
solution alcoolique forte de chlorure de zinc
(Contribution à l'étude
de la thérapeutique des tuberculoses cutanées)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 17 Avril 1929

PAR

Danilo POPOVITCH

Diplômé de Bactériologie

Né le 15 Novembre 1898 à BELGRADE (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN.
Pharmacie		COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon),
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
SORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président ; BONNET, assesseur ;
DUMAS et GATÉ, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Ils se sont imposé des sacrifices très lourds pour rendre possible mes études en France, en dépit d'un change défavorable. Que ce modeste travail soit une faible preuve de ma gratitude filiale, impossible à exprimer, et de ma reconnaissance éternelle.

A MA SŒUR

A MES NIÈCES

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

BOJIDAR ZDRAVKOVITCH

Chef d'escadrons d'artillerie royale serbe

Mort pour la Patrie.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR LIOUBITZA
ET DE MON FRÈRE MIODRAG

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. NICOLAS

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur*

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous aider, par ses conseils, à le terminer, en nous faisant le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury.

Déjà à partir de notre passage, comme stagiaire, dans sa Clinique, son enseignement si clair, si attrayant et empreint d'une haute probité scientifique, nous avait vivement intéressé. C'est grâce à lui que nous nous sommes senti immédiatement attiré vers la dermato-vénérologie.

Notre Maître nous a fait ensuite un honneur que nous sommes conscient de ne pas mériter : il nous a autorisé à travailler dans son service et nous y avons, depuis, passé toutes nos vacances en nous efforçant de nous familiariser davantage avec la science qu'il enseigne avec une compétence qui n'a d'égale que sa modestie.

Nous lui devons une reconnaissance infinie et nous tâcherons de nous montrer, par notre travail, digne de la sympathie et de conseils, qu'il nous a prodigués.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

*Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'Ordre Royal de Saint-Sava*

Son amitié pour le peuple et la jeunesse serbes est connue par tous nos compatriotes, qui ont été en contact avec lui. Il nous a honoré de son amitié, s'est toujours intéressé à nos études et nous a fait l'honneur d'accepter de faire partie de notre Jury.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de nos hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. ARLOING

*Professeur de Médecine expérimentale et de Bactériologie
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Pendant notre préparation au certificat de Bactériologie, il nous a témoigné une sympathie bienveillante et a bien voulu s'intéresser à nous.

C'est un devoir pour nous de lui présenter nos sentiments de reconnaissance respectueuse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ROLLET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique
Officier de la Légion d'Honneur*

Hommage et reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LEPINÉ

Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon
Professeur de la Clinique des Maladies mentales et nerveuses

Hommage et reconnaissance.

Grand ami des étudiants serbes, il leur a toujours rendu d'immenses services et tout dernièrement nous a donné une nouvelle preuve de sa bienveillance inépuisable pour notre cause.

C'est un devoir pour nous de lui présenter, avec notre gratitude, nos hommages respectueux.

A NOTRE JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. LACASSAGNE

Chef de clinique des Maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille

Il a bien voulu nous réserver un accueil sympathique pendant notre long séjour à la Clinique.

Notre collaboration avec lui nous a été très profitable et nous lui devons beaucoup pour les connaissances que nous avons pu acquérir en travaillant à la Clinique.

Il nous est très agréable de lui exprimer notre gratitude et nos sentiments respectueux.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON

Avant-Propos

C'est avec un sentiment de satisfaction et de regret à la fois que nous arrivons au terme de nos études médicales. Et cela est facile à comprendre. On change la vie d'étudiant, où le travail, les soucis et les plaisirs se succèdent comme les images dans un caleïdoscope, contre l'existence de médecin praticien, pleine de responsabilités graves et de devoirs austères, et on se demande si réellement on mérite le très grand honneur que nos Maîtres nous font en nous admettant parmi les membres du corps médical, tant la noble mission de soulager et guérir les maux de nos semblables apparaît difficile !

Toutefois, lorsqu'on peut se dire, après un examen de conscience sévère, qu'on a tout fait pour profiter des leçons et conseils de ses professeurs — dans la limite de ses moyens, et que l'on possède un bagage scientifique, modeste certes, mais solide, — alors les idées sont moins pessimistes. On est content de recevoir la récompense de ses efforts et peines, et fier d'avoir choisi la plus belle des professions, celle qu'on doit considérer et exercer comme un sacerdoce.

Mais cette fierté est tempérée par la conscience des responsabilités du praticien, par la nécessité absolue de continuer à travailler pendant toute la vie, de se tenir au courant du progrès scientifique, ne jamais cesser d'être « à la page » ni oublier ce joli mot du Docteur Gallavardin : « Les plus vieux routiers ne cessent d'apprendre jusqu'à la fin de leurs jours et les plus expérimentés ne sont à l'abri ni des surprises, ni des mécomptes. »

C'est dans cet état d'esprit que nous nous présentons devant notre Jury.

Il nous reste pourtant à remplir un devoir : c'est d'exprimer à nos Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Lyon notre profonde gratitude pour la formation scientifique dont nous leur sommes redevable. En eux nous avons trouvé non seulement les savants, dont l'enseignement brillant a une haute valeur universellement appréciée, mais aussi des amis dévoués, qui ne nous ont jamais refusé leurs conseils et encouragements. Nous croyons ne pas nous tromper en attribuant leur accueil sympathique à notre nationalité. En effet, s'il est possible à un étranger de dire que : « chaque homme a deux patries, la sienne et puis la France », c'est certainement un Serbe qui peut le faire ! Nous devons tout à la France et les sympathies qu'on nous a prodiguées pendant toute la durée de nos études n'ont pu qu'accroître davantage notre amour et reconnaissances envers la noble nation française.

La glorieuse fraternité des armes a été continuée dans le domaine scientifique et nous pensons que, personnellement, dans le modeste rôle que nous allons rem-

plir dans notre pays, le meilleur moyen de démontrer notre gratitude envers la France, c'est de la faire connaître et aimer, d'engager nos jeunes compatriotes à venir s'imprégner de la civilisation française, et surtout, par notre travail, faire apprécier la valeur de la formation scientifique que les Facultés françaises donnent à leurs élèves.

TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES
PAR LES
CAUTÉRISATIONS AVEC LA SOLUTION ALCOOLIQUE FORTE
DE CHLORURE DE ZINC

Introduction

Nous avons choisi comme sujet de notre thèse une parcelle tout à fait infime de l'immense chapitre des tuberculoses cutanées. Aussi nous nous efforcerons, dans ce modeste travail, d'exposer très succinctement l'aspect actuel du traitement des bacilloses cutanées, en nous limitant à mentionner brièvement les formes cliniques qui ne rentrent pas dans le cadre de notre travail, et à nous étendre davantage sur celles qui sont surtout justiciables de traitement par la solution alcoolique forte de chlorure de zinc.

Nous sommes conscient de la difficulté à laquelle on se heurte lorsqu'on veut condenser en peu de pages une telle question, et c'est sans méconnaître les défauts et les lacunes de ce travail que nous nous permettons de faire appel à l'indulgence de nos juges et de nos lecteurs.

Il nous a paru utile de diviser notre thèse en trois parties.

Dans la première, nous étudierons brièvement les propriétés du chlorure de zinc, son histoire pharmacologique, en insistant sur les solutions alcooliques fortes de ce sel, préconisées par M. le Professeur Nicolas pour le traitement de certaines formes de tuberculose cutanée.

Ensuite, dans la deuxième partie, nous étudierons les formes cliniques de la tuberculose cutanée, en mentionnant brièvement celles dont le traitement demande d'autres agents physiques ou chimiques, et en étudiant plus longuement les formes, où le traitement par chlorure de zinc a paru devoir être préféré à toute autre méthode thérapeutique.

La troisième partie sera consacrée à nos observations, soit personnelles, soit celles qu'on a bien voulu nous communiquer et nous exposerons les conclusions qui nous semblent découler de cette étude.

M. le Professeur Nicolas a bien voulu nous conseiller le sujet de notre thèse et nous a aidé beaucoup, par ses conseils, à la terminer. Si nous avons réussi à apporter une contribution modeste à cette question, c'est entièrement à lui que nous le devons. Qu'il nous soit permis de lui exprimer toute notre reconnaissance.

M. le Docteur Pillon, ancien chef de Clinique à l'Antiquaille, a eu l'obligeance de faciliter notre tâche en nous aidant à trouver dans la littérature les publications concernant notre sujet. Nous le prions d'agréer l'expression de notre reconnaissance très sincère.

M. le Docteur Lebeuf, ancien Interne des Hôpitaux, a bien voulu nous aider à faire les inoculations des animaux et à interpréter les résultats de nos autopsies, et c'est un devoir très agréable de lui exprimer notre gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

Chlorure de zinc - beurre de zinc

Zincum chlorhydricum.

Zn Cl^2 poids atomique = 136

A) PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES. — Le chlorure de zinc (beurre de zinc) est un sel ayant l'aspect d'une masse blanche, grasse, onctueuse, de saveur brûlante, difficilement cristallisable, fusible au-dessous de 500° , volatil au rouge vif.

Très déliquescent, c'est un des sels les plus avides d'eau qu'on connaisse. Il est soluble dans l'eau, l'alcool ordinaire (qu'il convertit en éther, lorsqu'on chauffe la solution), glycérine, éther.

Il dissout l'oxyde de zinc, donnant un produit de très grande dureté, utilisé en art dentaire.

Les solutions aqueuses du chlorure de zinc doivent être filtrées à froid, car leur température s'élève notablement pendant la dissolution, et en agissant autre-

ment, au lieu des solutions limpides, on aura dans le fond un précipité d'oxychlorure de zinc pendant le refroidissement, qui suit la filtration.

C'est un sel caustique et vénéneux, dont les antidotes sont les carbonates alcalins et le sulfure de fer hydraté.

B) PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Utilisé autrefois, malgré sa toxicité, à de très petites doses, comme vomitif et antispasmodique (chorée). Aujourd'hui on ne l'emploie plus dans la médication interne. (Figure au tableau C.)

Le chlorure de zinc est surtout un *caustique* très énergique, attaquant lentement l'épiderme, mais agissant avec vigueur lorsque le derme est mis à nu. Il est *sclérogène*, favorisant la formation du tissu fibreux.

En outre, il est antiseptique, astringent et désodorisant.

On l'utilise pour la destruction des néoformations (autrefois on en abusait même en cautérisant les épithéliomas malins), des chancres, contre les écoulements vaginaux et uréthraux rebelles, pour traiter le lupus, certaines formes de tuberculoses cutanées et pour attouchements contre la laryngite.

C) POSOLOGIE. — Solutions aqueuses très étendues, 0,05, 1 et 2 0/000 en injections intra-vaginales et urétrales dans les blennorragies chroniques. Solutions alcooliques fortes à 10 % et 30 % comme caustique et cicatrisant dans le lupus et les bacillooses cutanées. Solution à 12/00 pour la destruction des chancres. Solution de 0,50 gr., associée à 0 gr. 10 centigr. de cocaïne

et 30 gr. de glycérine pour attouchements bi-hebdomadaires dans les laryngites chroniques. Pâte de canquoïn du Codex pour la destruction des néoplasmes.

D) HISTORIQUE. — Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le chlorure de zinc est entré dans la pharmacologie à une époque relativement récente.

Nous avons eu la curiosité de rechercher dans les écrits des vieux auteurs et voici le résultat de nos investigations :

On attribue la découverte du Zinc-métal à Paracelse (1539).

Nicolas Lémery, dans son « Nouveau Dictionnaire des drogues simples et composées (Paris, 1701) », à la page 815 décrit vaguement les propriétés du zinc-métal et mentionne que : « appliqué à l'extérieur serait résolutif et dessicatif ». Dans sa « Pharmacopée universelle », aussi bien dans sa 2^e édition (Paris, 1716) que dans la 4^e (Amsterdam, 1748), nulle part n'est mentionné « le beurre de zinc ».

Vitet, dans sa « Pharmacopée de Lyon ou exposition méthodique des drogues simples et composées », (Lyon, 1778) donne beaucoup plus de détails sur le zinc, ses propriétés physiques et chimiques (p. 257 et suivantes) s'étend sur les « fleurs de zinc » (oxyde de zinc), sa préparation, ses excellents effets thérapeutiques sur les « ulcères bénins, vieux ulcères des jambes, excoriations des téguments », sa posologie etc., et aussi sur le vitriol blanc (sulfate de zinc) avec tous les détails de pharmacologie, posologie et effets thérapeutiques (ophtalmies, propriétés cauérisantes et hémostatiques),

parle de là « pierre calaminaire », mais ne dit rien sur le beurre de zinc.

Bien plus, en parlant des : « caustiques et escarroti-ques », p. 223, il énumère longuement : l'arsenic, l'orpi-ment, le réalgar, les trochisques escarroti-ques », compo-sés du sublimé corrosif, de gomme adragante et d'ami-don, la pierre infernale, etc., mais est absolument muet sur le chlorure de zinc.

Dans le « Traité de Pharmacie théorique et pratique » de Viréy, 3^e édition (1823), par P. Rémont, — on expose beaucoup de détails sur le zinc, oxyde de zinc, sulfate de zinc, sous-carbonate et acétate de zinc, mais on ne dit rien sur le chlorure de ce métal.

Dans le « Codex medicamentarius gallicus » de 1837 (Commission royale des Professeurs, Béchét, éditeur), nous avons pu le découvrir; le chlorure de zinc y figure à la page 75, avec son mode de préparation seulement.

En revanche, dans le « Nouveau formulaire des pra-ticiens », par *F. Foy* (Baillière, édit., Paris, 1837), nous trouvons mention, p. 51 : « Antispasmodique peu em-ployé (zincæther des Allemands, p. 115). Très employé comme caustique dans le traitement des cancers ».

P. 220, *ibid*, nous rencontrons pour la première fois la fameuse pâte du D^r Canquoin :

Chlorure de zinc	2
Chlorure d'antimoine	1
Farine et eau	Q. S.

« Action augmentée ou diminuée selon la quantité plus ou moins grande de farine qu'on y ajoute ».

E. Soubeyran, dans son « Nouveau Traité de Phar-macie » (Crochat et Cie, édit., Paris, 1840), parle assez

longuement à la page 454 et suivantes, du chlorure de zinc, de sa préparation, son emploi comme antispasmodique à l'intérieur, et ajoute: « Mais son plus grand usage est comme caustique. Le docteur Campoin (*sic*) l'a mis en vogue ce dernier temps pour le traitement des cancers ». Il donne cinq procédés de la préparation de cette pâte, où le volume du chlorure de zinc et de farine (sans eau) varie entre 1 sur 2 et 1 sur 5. Soubeiran note aussi le mélange de chlorure de zinc et d'antimoine qui aurait l'avantage se de mouler exactement sur toute la surface des tumeurs à détruire. Sa formule est:

Chlorure de zinc	2
Chlorure d'antimoine	1
Farine	5

Par contre, dans le » Formulaire des Hôpitaux de Lyon » (Perrin, édit., Lyon, 1842), nous n'avons rien pu trouver concernant le chlorure de zinc.

Donc, c'est entre 1823 et 1837 que le chlorure de zinc et la fameuse « pâte de Canquoin » ont fait leur apparition dans la thérapeutique et presque d'emblée atteint à l'apogée! On se rend, malheureusement, facilement compte combien cette vogue, dont jouissait le remède du D^r Canquoin a été funeste aussi bien aux malades qu'à la réputation du médicament. En effet, n'oublions pas que nous sommes en pleine période pré-pastorienne, où toute intervention sanglante était redoutée, à juste titre d'ailleurs, car l'infection était presque fatale. Dans ces conditions, que de désastres ont été provoqués par les cautérisations imprudentes des tumeurs mali-

gues, qu'on voulait détruire sans opération et sans cautérisation ignée, trop douloureuse!

Prof. Hebra (de Vienne) se servait, dans le même but, d'une formule voisine de celle du D^r Canquoin, mais modifiée par lui dans la suite (*Traité des Maladies de la Peau*, traduction du D^r A. Doyon, Loyh, Masson et Cie, édit., Paris, 1874, p. 480 et suiv.):

Chlorure de zinc 8 gr.

Chlorure d'antimoine
Acide chlorhydrique } àà 4 gr.

On attend la dissolution complète du chlorure et on ajoute:

Poudre de racine de réglisse Q. S., pour faire une pâte épaisse et ferme.

Hebra conseillait l'emploi immédiat de cette pâte, étendue en couche mince sur la toile, et laissée sur place durant 24 heures.

En outre, Hebra préconisait aussi l'emploi des crayons de chlorure de zinc (*lapis zincicus*) :

Chlorure de zinc 1 partie

Azotate de potassium .. 1/2 partie

Chlorure de potassium .. 1/2 partie

fondues ensemble en bâtonnets de 4/5 cm. de longueur, dont il était très satisfait dans le traitement du *lupus vulgaire* du visage, après avoir enlevé au préalable l'épiderme (emplâtres, savon) pour permettre au caustique d'attaquer les tubercules du derme.

Plus loin, l'auteur recommande aussi la solution alcoolique du chlorure de zinc (àà) et solution étendue 10/500.

Hebra était très partisan du chlorure de zinc, qu'il préférait à la plupart des caustiques d'alors et n'hésitait pas à déclarer que, dans le traitement de l'épithélioma, il le considérait comme ayant une valeur égale des interventions chirurgicales (p. 595 et plus loin)!

Dans le « Codex Medicamentarius gallicus » de 1866. la pâte de Canquoin figure pour la première fois, à la page 651.

A. Gubler, dans ses « Commentaires thérapeutiques du Codex Medicamentarius » (Paris, 1868, Baillière, éditeur), à la page 518 et 519, parle longuement du chlorure de zinc, de ses applications et le considère comme le meilleur des caustiques.

Ritter von Schross (Lehrbuch der Pharmacologie, Wien, 1873, 4^e édition) se prononce dans le même sens

C'est Lannelongue, vers 1890, qui a essayé de tirer profit des propriétés caustiques et sclérogènes du chlorure de zinc, en préconisant hardiment sa *méthode sclérogène* dans le traitement des tuberculoses articulaires et osseuses. C'était un chirurgien habile et on ne pouvait pas lui reprocher de préférer les traitements médicaux au bistouri; d'autre part, il a mis beaucoup d'ardeur dans la défense de sa méthode, aujourd'hui abandonnée, et nous croyons intéressant, au point de vue général, de résumer ses travaux.

Dans son petit manuel: « La Tuberculose chirurgicale » (G. Masson et Cie, éditeurs, Paris, sans date), à la page 36, parlant du traitement des abcès tuberculeux par le curettage de la membrane tuberculogène de la paroi, Lannelongue conseille de précéder cette inter-

vention par des injections sclérogènes du chlorure de zinc.

Plus loin (page 100 et suivantes), à propos du traitement de la tuberculose ostéo-articulaire, il développe longuement la méthode elle-même. L'idée principale était de provoquer tout autour du foyer tuberculeux, par le mécanisme d'afflux d'éléments embryonnaires (attirés par l'injection irritante) la transformation de ceux-ci en nouveau tissu fibreux, qui commence par étouffer d'abord le tissu pathologique en formant autour de lui une gangue scléreuse et prendre ensuite sa place.

Pour Lannelongue, l'efficacité de sa méthode ne fait pas de doute, qu'elle soit employée avant la formation des véritables tumeurs (au moment de l'apparition des premières fongosites), soit beaucoup plus tard.

Il cite neuf cas d'ostéo-arthrite du genou guéris par la méthode sclérogène, qu'il a publiés dans le Bulletin du Congrès de Chirurgie de 1892.

La technique de sa méthode paraît facile: On se sert d'une solution de chlorure de zinc au 1/10 (au 20° ou même au 40° dans la tuberculose des doigts), que l'on injecte par gouttes — 2, 3 ou 4 — au moyen d'une seringue ordinaire, dont l'aiguille est enfoncée obliquement et profondément jusqu'à l'os. On fait tout autour de l'articulation malade les injections le long du bourrelet saillant de la synoviale fongueuse, à 1 cm. de distance l'un de l'autre. Toutes les injections sont faites en une seule série et sous anesthésie.

A la page 134, à propos de la tuberculose des synoviales tendineuses, Lannelongue conseille — dans les

formes fongueuses — d'employer d'abord et sans hésitation la méthode sclérogène.

En ce qui concerne l'adénite bacillaire, au contraire, il préfère l'extirpation à tout autre traitement, chirurgical ou médical.

On trouvera les autres travaux de Lannelongue, à ce sujet, dans notre bibliographie.

Richaud (Précis de Thérapeutique, Masson et Cie, éditeurs, p. 501), en parlant du chlorure de zinc mentionne la méthode sclérogène de Lannelongue dans les traitements des tumeurs blanches ostéo-articulaires et les adénites bacillaires, et dit ceci :

« Dans ce cas, le caustique fixe, en les tuant, les éléments anatomiques au niveau desquels il a été déposé. Il oblitère un certain nombre des capillaires et même des petits vaisseaux et de plus, il se produit au voisinage des centres d'irritation un afflux énorme d'éléments embryonnaires, s'organisant avec une très grande activité et aboutissant finalement à la formation d'un tissu fibreux serré et compact. Ce n'est pas autre chose, en définitive, qu'une reproduction artificielle de sclérisation, qui se fait si souvent à l'état normal autour de certains foyers tuberculeux ».

M. le Professeur *Nicolas* a repris l'étude de cette question, en ce qui concerne son application en dermatologie. Déjà en 1913, en collaboration avec M. le Dr Moutot, il a publié, à la Société de Dermatologie, son mode de traitement de lupus ulcérés, consistant en cautérisation, après scarification préalable des ulcérations, — par une solution aqueuse du chlorure de zinc au 1/10^e et suivie d'un badigeonnage à la teinture d'iode. En

mars 1924, M. le Prof. Nicolas a publié, avec MM. Moutot et Pilon, une nouvelle note (Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, XXXI, 1924, p. 166-167), dans laquelle il a rendu compte des modifications apportées à sa formule primitive; en effet il a substitué à l'eau, comme véhicule, l'alcool à 80° et augmenté considérablement le titre de la solution.

L'alcool a été préféré à l'eau pour deux raisons: d'abord, parce que l'alcool a un pouvoir de diffusion bien supérieur à celui de l'eau, pénétrant beaucoup plus facilement et plus rapidement dans la profondeur; ensuite il possède un certain pouvoir sclérogène propre, qui ne doit pas être dédaigné.

En ce qui concerne l'augmentation du titre de la solution, nous nous permettrons de citer *in extenso* ce paragraphe de la note précitée. Les auteurs disent: « Quant à l'augmentation du titre de la solution, elle n'a pas les inconvénients que l'on aurait pu craindre, au contraire. Nous employons maintenant la solution à 3 pour 10. Parfaitement tolérée par les tissus, elle ne produit pas d'éscharres, à condition que les scarifications ne soient pas trop rapprochées, c'est-à-dire que leur espacement soit proportionné à leur profondeur et au degré d'infiltration des lésions. Son action sclérogène est nettement plus marquée que celle des solutions plus faibles; la douleur n'est guère plus vive, elle n'est en tout cas que passagère; la cicatrisation ne paraît pas retardée. Quant aux cicatrices, elles sont aussi simples, aussi peu rétractiles, aussi esthétiques que celles que l'on obtient par les scarifications sans cautérisations ».

En 1926, MM. le Prof. Nicolas et D^r Pillon ont publié les observations des ulcérations tuberculeuses traitées par les solutions alcooliques du chlorure de zinc (*La Médecine*, n° 2, novembre 1926, p. 410-413), seules, sans scarification ni curettage préalables. Nous exposerons ces observations *in extenso* parmi les nôtres. Ici, nous nous permettrons encore de citer les conclusions des auteurs :

« Tels sont les résultats; comme on le voit, cette méthode de traitement des ulcérations tuberculeuses et des ulcérations lupiques est simple, elle peut se résumer ainsi :

« Toutes les trois semaines environ, cautérisation soigneuse de toute la surface de l'ulcération, en insistant au niveau des bords, avec un tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution de chlorure de zinc ainsi composée :

Chlorure de zinc 3 gr.

Alcool à 80° Q. S. pour.... 40 gr.

Cette cautérisation donne immédiatement un blanchiment très spécial de la surface ulcérée; aussitôt après, badigeonnage à la teinture d'iode pure; dans l'intervalle des cautérisations, badigeonnages quotidiens à l'alcool iodé, composé de teinture d'iode de Codex, diluée dans 7 à 9 fois son volume d'alcool à 50°.

L'effet est rapide; dès le premier jour, il se traduit une sédation manifeste de la douleur; puis l'ulcération se déterge, devient rosée, ses bords s'aplanissent; peu à peu l'épidermisation progresse, en somme, en très peu de temps et la cicatrisation complète est obtenue après

un nombre de cautérisations évidemment variable suivant les cas, mais toujours relativement minime ».

C'est la méthode dont nous nous sommes servis et qui est utilisée couramment à la Clinique de l'Antiquaille.

Avant de clore ce chapitre, nous tenons à réparer une omission, commise au cours de notre travail: c'est un élève du Prof. J. Rollet, alors chirurgien-major de l'Antiquaille, qui a préconisé le traitement des chancres mous par la cautérisation au chlorure de zinc et nous croyons que c'est pour la première fois, en France tout au moins, que l'on a songé à cette utilisation du chlorure de zinc (qui est comme l'on sait, très fréquente encore à l'heure actuelle).

(Debauge. — Traitement des chancres simples et des bubons chancreux, par la cautérisation au chlorure de zinc. Thèse de doctorat, Paris, 1858, 87 p.).

DEUXIÈME PARTIE

Formes cliniques de la tuberculose cutanée

Les manifestations cutanées de la tuberculose constituent un gros chapitre de la dermatologie (Darier).

Ce chapitre a été édifié peu à peu et sa base n'est devenue vraiment scientifique que depuis les inoculations de Villemin (1865) et surtout depuis la découverte mémorable du bacille tuberculeux, par R. Koch (1882). Avant cette époque régnait (et il ne pouvait pas en être autrement) la tendance à classer les formes de tuberculose cutanée uniquement par leur aspect: p. ex. Willian et Battemann ont appelé le lupus vulgaire : *lupus tuberculeux*, uniquement parce qu'il est caractérisé par des *tubercules*, au sens dermatologique strict de ce mot.

Il est compréhensible que les formes de la tuberculose cutanée soient nombreuses, vu la proportion énorme des sujets adultes présentant une cuti-réaction po-

sitive (60 à 96 %, selon Naegeli), et on peut même s'étonner que le nombre des malades, porteurs de la bacillose cutanée et qui se présentent aux médecins, ne soit pas plus élevé.

Rappelons seulement, en passant, ce que l'on observe lorsqu'on inocule le cobaye — animal le plus sensible à la tuberculose, — par injection sous-cutanée de bacilles de Koch virulents: d'abord, il se produit une nodosité, qui s'ulcère bientôt — chancre tuberculeux — puis apparaît une hypertrophie ganglionnaire limitée d'abord à la région inoculée, mais se généralisant bientôt et suivie d'une généralisation bacillaire viscérale (rate, foie et poumons surtout) à laquelle l'animal succombe au bout de 8 à 10 semaines, présentant à l'autopsie des lésions caractéristiques d'infection tuberculeuse (granulations miliaires et caséeuses des viscères avec hypertrophie splénique et hépatique, envahissement de la plupart des ganglions et lésions pulmonaires).

Comme nous l'avons déjà dit, les formes cliniques sont nombreuses et présentent une variété très grande. Nous les passerons rapidement en revue.

Mais auparavant, quels sont les caractères qui nous permettent d'affirmer, d'une façon absolue, qu'une lésion cutanée donnée, suspecte d'être de nature bacillaire, a réellement cette origine?

Sur ce point, les auteurs sont d'accord: il n'y en a que deux. Ce sont: 1° la présence de bacilles de Koch dans la lésion, et 2° le résultat positif d'une inoculation du tissu morbide au cobaye, animal réactif par excellence,

Il y a bien d'autres caractères, mais leur valeur est loin d'être aussi absolue.

D'abord, citons *la réaction du foyer lui-même à l'injection sous-cutanée de la tuberculine de Koch très diluée*. On pratique très exceptionnellement cette recherche, d'abord en raison du danger auquel on peut exposer le malade, et ensuite à cause de la difficulté d'interprétation de cette réaction.

Puis mentionnons *l'examen histologique donnant une structure certaine de lésion tuberculeuse*. Assez rarement utilisé, vu la répugnance des malades à se soumettre à une Biopsie, peut rendre de réels services, lorsqu'on peut s'adresser à un laboratoire sérieux d'anatomie pathologique.

Ensuite, c'est *l'aspect de la lésion, son évolution clinique et circonstances étiologiques*, dont l'ensemble permet de soupçonner fortement la nature bacillaire des lésions et enfin :

Coexistence d'autres localisations viscérales ou autres, de nature tuberculeuse incontestable (lésions pulmonaires, laryngées, articulaires, osseuses, etc.).

Ceci établi, passons à l'étude proprement dite des formes cliniques de tuberculose cutanée.

On divise celles-ci en deux groupes :

A) *Tuberculides*, manifestations cutanées dont on soupçonne fortement l'origine tuberculeuse sans qu'il soit possible de la démontrer d'une façon rigoureuse.

Ce groupe sort complètement du cadre de notre travail et nous nous contenterons de les énumérer seulement. Ce sont : lichen scrofulosorum ; tuberculides papulo-nécrotiques ; acné cachecticorum ; lupus (érythè-

me) pernio; lupus érythémateux; érythème induré de Bazin; sarcoïdes sous-cutanés de Darier-Roussy et sarcoïdes noueuses disséminées.

Darier pense pouvoir les attribuer aux formes filitrantes du bacille de Koch.

B) *Tuberculosés cutanées vraies*, lésions cutanées dont la nature bacillaire est démontrée par la plupart des caractères cités plus haut et surtout par la présence de bacilles de Koch et l'inoculation positive au cobaye.

C'est ce groupe qui fera l'objet de notre étude. Il comprend: *l'ulcère tuberculeux, le chancre tuberculeux primitif, la tuberculose verruqueuse, la gomme tuberculeuse, la tuberculose fongueuse et le lupus vulgaire.*

C'est la classification décroissante par leur malignité et l'abondance de bacilles de Koch, adoptée par Darier.

I. ULCÈRE TUBERCULEUX. — Appelée encore tuberculose miliaire de la peau et des muqueuses, ou dermatite tuberculeuse aiguë, c'est une lésion primitivement et essentiellement ulcérée et le bacille de Koch s'y trouve en abondance.

Il est surtout fréquent sur la muqueuse buccale: lèvres, langue, face interne des joues, pharynx, et aussi sur le pourtour de l'anus. Très rare ailleurs.

Presque toujours on le trouve sur les sujets porteurs d'une tuberculose évolutive: pulmonaire, laryngée ou intestinale; donc il ne serait autre chose qu'une auto-inoculation par des bacilles de Koch, contenus dans les crachats ou les matières fécales.

Son aspect est caractéristique: « De forme ovoïde,

polycyclique ou irrégulière, d'une étendue de quelques millimètres à 1 ou 2 cm. Il a un contour festonné ou déchiqueté, des bords à pics ou décollés, de coloration livide et violacée; son fond est inégal, tourmenté, granulé, piqué de points hémorrhagiques, souvent partiellement couvert de détritits grisâtres. L'ulcère tuberculeux est presque toujours superficiel, peu profond ». (Darier, Précis de Dermatologie, p. 368).

La présence des *grains jaunes de Trélat* punctiformes ou gros comme une tête d'épingle, plus ou moins abondants sur le fond ou à périphérie, contribuent à confirmer le diagnostic de l'ulcère tuberculeux.

La sécrétion des ulcères tuberculeux est peu abondante, plutôt sanieuse; la base n'est pas infiltrée, mais les ganglions régionaux sont souvent hypertrophiés.

L'ulcère tuberculeux est souvent sensible et parfois devient très douloureux (pointe de la langue, lèvres). L'évolution est lente, sans tendance à la cicatrisation spontanée. Parfois on constate une tendance à s'étendre en surface, mais non en profondeur.

Pour établir avec certitude le diagnostic d'ulcère tuberculeux (surtout ne pas confondre avec le début d'un épithélioma ulcéreux, ni avec lésions syphilitiques), on doit recourir aux inoculations au cobaye, recherche du bacille de Koch dans le produit de la sécrétion, et parfois même à la biopsie.

Traitement. — D'après les résultats obtenus, nous estimons que la méthode des solutions alcooliques fortes de M. le Prof. Nicolas doit occuper la première place dans le traitement des ulcérations tuberculeuses, de préférence à toute autre, et toutes les fois que l'empla-

cement même de la lésion (larynx, p. ex.), ne contre-indique absolument ce mode de traitement. Les observations I et II le prouvent d'une façon certaine.

Comme dans toutes les manifestations de la bacillose, on doit, en plus du traitement local, donner un traitement général fortifiant: héliothérapie, sirop iodotannique phosphoré et même arsénié (si le sujet supporte l'arsenic), léciithine, huile de foie de morue, etc.

Les rayons ultra-violets sont, certes, susceptibles de donner de beaux résultats, mais les séances doivent être nombreuses et le traitement coûteux. Nous résumerons brièvement un cas de *MM. Louste, Thibaut et Marin*: chez un malade de 36 ans, une ulcération typique de la joue gauche et de la commissure des lèvres datant de 5 mois, a été guérie en 48 séances des Rayons U. V. (d'août 1925 à mars 1926), dont 30 générales et locales à la fois. Et *M. Sabouraud*, à ce propos, dit que, selon lui, les rayons U. V. n'ont pas d'action bactéricide, mais plutôt une action sur les tissus du malade lui-même (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1926, XXXIII, p. 185).

Nous ne ferons que citer d'autres modes de traitement des ulcères tuberculeux: attouchement au thymol camphré, à l'acide lactique ou trichloracétique, mixture iodoformée ou les succédanés du iodoforme.

II. CHANCRE TUBERCULEUX PRIMITIF. — Est la lésion bacillaire provoquée par l'inoculation du bacille de Koch dans la peau ou la muqueuse chez les sujets encore *vierges de toute atteinte bacillaire préalable*.

Nécessairement, c'est surtout chez des enfants en bas

âge que cette lésion a pu être observée (Lehmann: observations de dix enfants, contaminés par un rabbin phthisique, qui a pratiqué la succion rituelle, en vue d'hémostase, après la circoncision).

L'aspect objectif est variable: c'est tantôt une pustule, tantôt une érosion indurée, semblable au chancre syphilitique, tantôt ressemblant à l'ulcère tuberculeux. Ce qui le caractérise surtout, c'est la douleur et son adénopathie satellite avec ganglions volumineux (qui finissent par s'agglomérer et s'ulcérer); absence de tréponèmes et présence de bacilles de Koch.

Le plus souvent, il se termine par une guérison spontanée et cicatrisation laissant le sujet tuberculisé.

Traitement. — En raison de la tuberculisation qui est ici menaçante, il nous semble logique de préconiser en premier lieu le traitement chirurgical: excision aussi complète que possible de la lésion et extirpation de tous les ganglions satellites.

Ce n'est que dans l'impossibilité de ce traitement que l'on pourrait appliquer la méthode des solutions alcooliques fortes du chlorure de zinc, mais n'ayant pas pu rencontrer un cas de chancre tuberculeux primitif, nous ne pouvons pas apporter des résultats.

III. TUBERCULOSE VERRUQUEUSE. — C'est une lésion due au bacille de Koch et caractérisée par une ressemblance superficielle à une verrue, — d'où son nom, donné par Riehl et Paltauf, en 1886.

Le siège en est habituellement aux mains, doigts ou poignets, le plus souvent sur le bord radial de la main et du pouce. On peut la rencontrer ailleurs (coudes, genoux, fesses, pied, cou, face), mais rarement.

C'est une plaque papillomateuse ou hyperkératosique, souvent unique, plus ou moins étendue, ovalaire, arrondie ou allongée en suivant un pli cutané. Rarement multiple.

Lorsqu'elle est complètement développée, on constate l'existence des trois zones: d'abord *la plaque verruqueuse elle-même*, formée de verrucosités saillantes, cornées, grises ou jaunâtres, fissurées; puis dans son voisinage immédiat *la zone moyenne* papillomateuse, un peu élevée, violacée ou pigmentée, avec des petites croûtes ou des ulcérations punctiformes qui laissent sourdre à la pression des gouttelettes de pus; ensuite *la zone érythémateuse*, plane et lisse, se continuant insensiblement avec la peau saine. L'ensemble est induré, de consistance fibreuse.

L'évolution est lente. La cicatrice, lorsqu'on obtient une guérison, est plane, blanche ou violacée. La guérison spontanée est très rare et la généralisation viscérale se fait fréquemment.

On la considère comme une inoculation externe primitive et elle peut être causée par le bacille de Koch, type humain (infirmiers, garçons d'amphithéâtres, médecins) ou bien type bovin (vétérinaires, bouchers). Parfois c'est une auto-inoculation chez un phthisique (crachats) ou pottique, et dans le dernier cas est située sur le trajet d'un foyer osseux, articulaire ou tendineux.

Le plus souvent, les caractères cités sont suffisants pour permettre le diagnostic d'une tuberculose verruqueuse, mais parfois on est obligé de recourir aux recherches de laboratoire (recherche du bacille de Koch ou frottis, inoculation au cobaye, biopsie). On doit pen-

ser à une syphilis végétante tertiaire possible, aux dermatomycoses (trichophytiques ou blastomycosiques) et surtout à un épithélioma papillaire.

Le *tubercule anatomique* — verruca nécro-genica — que Laënnec a décrit, peut être considérée comme un cas particulier de la tuberculose verruqueuse, dont il se distingue plutôt par son évolution beaucoup plus rapide, due peut-être à une virulence plus grande du bacille de Koch et aux associations microbiennes.

Siège surtout aux doigts et à la main.

Cette lésion débute par un érythème très douloureux et rapide (le lendemain de l'inoculation), se transforme en pustule dermique saillante, s'indure, s'étend et prend un aspect caractéristique de papillonne corné ou tubercule dur, recouvert d'une croûte. Son pourtour est violacé.

Il a la tendance à la propagation rapide par des lymphatiques et les ganglions, souvent loin de l'endroit initial et menace le porteur d'une généralisation rapide. L'exemple de Laënnec est présent à toutes les mémoires.

Ce sont surtout les médecins, étudiants en médecine, garçons d'amphithéâtre, qui en sont atteints.

Traitement. — Dans l'étude magistrale qu'il a consacrée à cette question, M. le D^r H. Moutot a conclu que c'est le traitement chirurgical seul: extirpation précoce, étendue aux ganglions de la région inoculée, qui puisse être envisagé, et nous pensons qu'à l'heure actuelle, on ne peut que confirmer son opinion, car le danger de généralisation doit ici primer toute autre considération.

Nous croyons qu'il serait dangereux de préférer la

cautérisation forte au chlorure de zinc à l'intervention chirurgicale, aussi précoce que possible.

Autrefois, on avait préconisé la cautérisation ignée, les caustiques topiques divers. Plus récemment, Weinbrenn, Graham, Hodgson ont eu de bons résultats avec des rayons ultra-violets (*Tuberculosis, verrucosa treated by ultra-violet radiation*, Lancet, 1926, II., p. 174), et Hörnicke (*Indikationen und Ergebnisse der Strahlenbehandlung bei Hauttuberkulose. Tuberculose VI*, 1926, p. 75, München) est un partisan de la radiothérapie à doses fortes.

IV. LA GOMME TUBERCULEUSE. — On donne ce nom aux nodosités sous-cutanées, provoquées par le bacille de Koch, plus ou moins abondant dans les lésions, qui se ramolissent et évacuent leur contenu à l'extérieur. On leur donne aussi le nom de *gommes scrofulo-tuberculeuses* ou *scrofulodermes*.

Leur siège est surtout au cou, aux membres, à la face, parfois au tronc.

Leur aspect clinique est semblable aux gommes syphilitiques, avec qui on peut parfois les confondre, et aux gommes mycosiques. Ce sont des nodosités, ulcérées ou non (car le ramollissement peut tarder pendant un temps considérable), dont la forme et le volume sont variables: on en voit d'anfractueuses, avec des prolongements fistuleux, à bords déchiquetés et sinueux et dont le fond est irrégulier et couvert de dépôts grisâtres. La couleur est violacée, plus ou moins prononcée.

Parfois, plusieurs gommes peuvent s'unir pour for-

mer l'*infiltrat gommeux* ayant plusieurs orifices, qui conduisent dans une vaste caverne commune et qui ne sont séparés entre eux que par des ponts de peau violacée.

L'évolution est très longue(plusieurs années) et lorsque une gomme guérit sans traitement, elle laisse une cicatrice irrégulière, fibreuse, adhérente à la profondeur, de couleur violacée.

Ce sont surtout les enfants et les adultes, dont l'état général est mauvais, et qui sont atteints de tuberculose ganglionnaire ou ostéo-articulaire, — qui sont porteurs de gommes tuberculeuses. Quelquefois on peut rencontrer aux membres une véritable *lymphangite gommeuse tuberculeuse*.

Pour établir un diagnostic exact, on doit pratiquer la recherche du bacille de Koch, les inoculations au cobaye, l'ensemencement du pus sur le milieu de Sabouraud et lorsque tout cela ne donne pas de résultat, essayer un traitement d'épreuve anti-spécifique ou donner de l'iodure de potassium à haute dose.

Notre observation IX se rapporte à un cas très intéressant: le malade étant porteur de gommes multiples, dont l'aspect clinique nous a fait poser le diagnostic des gommes bacillaires, mais plusieurs inoculations négatives nous ont décidé à pratiquer une séro-réaction de Wassermann et de Hecht, qui a été positive. Le traitement d'épreuve a nettement démontré, par son résultat, qu'il s'agissait de gommes syphilitiques.

Traitement. — Dans cette forme de tuberculose cutanée, nous considérons que l'indication des cautérisations fortes de chlorure de zinc est à préférer aux au-

ires traitements locaux, médicaux ou chirurgicaux. C'est surtout parce que la cicatrice, obtenue de cette façon, est esthétique et que l'on ne craint pas la production de cicatrices chéloïdiennes, si fréquentes après les interventions chirurgicales, que nous croyons à la supériorité de cette méthode.

Nous avons traité aussi deux cas d'adénite bacillaire de cette façon et les résultats ont été très satisfaisants (v. Observations VIII et X).

Toutefois, il nous semble que l'on doive préférer une extirpation totale des ganglions atteints, lorsque c'est possible, comme le conseillait Lannelongue.

On a préconisé aussi : l'extirpation précoce, les ponctions et injections modificatrices, les attouchements au thymol camphré, éther iodoformé, solution iodée, etc., rayons ultra-violet et l'héliothérapie.

V. TUBERCULEUSE FONGUEUSE. — Lésion bacillaire beaucoup plus rare, décrite par Riehl en 1894.

Elle affecte la forme soit d'un placard molasse, saillant, mamelonné, à surface souvent ulcéreuse, croûteuse. — soit d'une tumeur très molle, rouge, irrégulière.

Le siège en est aux membres surtout, au tronc, rarement à la face.

On l'attribue soit à une inoculation exogène, soit à une auto-inoculation cutanée à point de départ osseux, articulaire ou ganglionnaire.

Les classiques font rentrer dans cette forme clinique quelques autres manifestations semblables : *tuberculose framboesiforme* des régions péri-génitales (Hallo-

peau, Jessner, etc.); la *tuberculose serpiginieuse fongueuse* de Jadassohn; *lymphangites tuberculeuses fongueuses* (Bazin, A. Fournier, etc.) et la *forme lymphangiectasique* de Hallopeau.

On doit éviter la confusion possible avec mycosis fon goïde, épithélioma, blastomycoses et sporotrichoses et en cas de doute recourir aux recherches du laboratoire, et donner du iodure de potassium à haute dose.

Traitement. — Tous les auteurs cités ayant eu les meilleurs résultats avec des cautérisations diverses, il nous semble logique de conclure que la méthode des cautérisations alcooliques fortes au chlorure de zinc devrait être essayée en premier lieu.

VI. LUPUS. — Cette lésion a reçu son nom — *lupus vulgaire*, *lupus de Willan*, *lupus tuberculeux*, — à cause de sa tendance bien connue de s'étendre souvent « en rongeant » les tissus sains. C'est la forme la plus commune, la plus polymorphe et la plus rebelle aussi des tuberculoses cutanées. (Darier).

Son élément caractéristique par excellence est le *tubercule lupique* ou *lupome*.

Lorsqu'il est typique, le lupome est un tubercule arrondi, dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et d'un gros pois, plus ou moins saillant ou bien plan. Sa surface peut être lisse ou ulcéreuse et recouverte de croûtes. Il est mou, dépressible, facilement attaqué par les instruments tranchants. Souvent sensible au toucher, il a une coloration rose jaunâtre, parfois violacée.

A la *vitropression*, on constate que le lupome prend

une teinte caractéristique jaune bistre translucide, que l'on a comparée à la gelée de pommes ou au sucre d'orge, et qui tranche nettement avec la coloration blanche de la peau saine. C'est un bon moyen pour le distinguer d'une tache pigmentaire ou d'un naevus mou, qui sont opaques.

Son évolution est très longue, pendant des mois et des années, avec la tendance à l'accroissement indéfini à la périphérie et à la confluence avec les groupes de lupomes voisins.

Certains lupomes présentent une tendance à la cicatrisation spontanée au centre, tandis que la périphérie continue l'envahissement de la peau saine (*lupus résolutif*). La cicatrice, plus ou moins blanche, contient souvent des lupomes persistants, pouvant récidiver.

D'autres, au contraire, s'ulcèrent au centre et peuvent produire des destructions considérables des tissus.

Le *siège* habituel des lupus est la face et le cou, rarement les membres, le thorax. Ce sont surtout le nez et les joues qui sont atteints.

Laissant de côté toute description de très nombreux types de lupus, qu'on peut trouver dans les classiques, nous remarquerons seulement que le caractère *le plus important* d'une lésion lupique est sa *tendance évolutive* et que l'on divise les lupus en deux grands groupes :

1. *Lupus non exedens*, ne s'ulcérant point et s'accroissant lentement; souvent résolutif, mais susceptible de se transformer en forme ulcéreuse.

2. *Lupus exedens*, ulcéreux d'emblée, à évolution ra-

pide, bourgeonnant, proliférant et aboutissant à des mutilations précoces, surtout le type *vorax*.

Le *diagnostic* du lupus peut présenter des difficultés réelles.

On peut surtout le confondre avec les *syphilides tertiaires*, tuberculo-ulcéreuses ou fongueuses. Ce sont l'évolution et l'aspect à la vitropression qui doivent élucider la question ; on a pu dire que le lupus met des années à réaliser ce que la syphilis produit en peu de mois, ou même quelques semaines. En outre, on peut penser à une acné ulcéreuse serpigineuse, aux tubercules lépreux (Iadassohu, Pautrier et Boez, etc.), à la lupoïde miliaire disséminée de Darier.

En cas de doute, on doit recourir aux recherches de laboratoire ; mais il faut se rappeler qu'un tiers d'inoculation aux cobayes échouent (Darier). Au besoin, on aura recours à la biopsie et au traitement anti-syphilitique d'épreuve.

Traitement. — Les observations III et IV démontrent nettement l'effet heureux et rapide des cautérisations au chlorure de zinc en solution alcoolique forte dans les lupus ulcères exedens et nous sommes convaincus qu'il faut préférer la méthode de M. le Professeur Nicolas aux autres modes de traitement. En ce qui concerne le lupus vulgaire à tendance moins rapide, les scarifications, suivies de cautérisations au chlorure de zinc, nous semblent être la méthode de choix et nous pourrions apporter par dizaine les observations concernant cette forme de lupus, que nous avons pu voir à la clinique.

Nous énumérerons toutefois les autres méthodes, qui ont souvent donné des succès :

Ablation chirurgicale (membre, cou, thorax); curetages, suivis d'application de permanganate de potassium porphysé (Bizard et Marceron); caustiques divers (surtout pommade au beurre d'antimoine); ignipuncture au galvanocautère (lupus des muqueuses surtout); diathermo-coagulation (Ravaut); neige carbonique; photothérapie locale ou générale (Louste) à interrompre si le malade maigrit; héliothérapie, radiothérapie.

Divers auteurs ont préconisé les injections hypodermiques : de calomel en suspension huileuse, de tuberculine (Darier), d'éther benzyl-zinnamique (Jacobson), d'antigène méthylique de Nègre et Bouquet (Lortat-Jacob).

En ce qui concerne le *sanocrysine* et autres sels d'or (Hufschmidt, P. Hansen), les auteurs n'ont pas eu des résultats particulièrement intéressants.

TROISIÈME PARTIE

Observations

OBSERVATION I

(MM. le Professeur J. Nicolas et Docteur M. Pillon, publiée dans le N° 2 de « La Médecine » de 1926).

M. S..., 34 ans. Pas d'antécédents familiaux à signaler, notamment pas de tuberculose dans les antécédents directs et collatéraux. Personnellement le malade a eu une bonne santé jusqu'à il y a cinq ans, époque à laquelle, à la suite d'une pleurésie droite, il a commencé à tousser sans avoir jamais eu d'hémoptysies. Soigné depuis ce moment pour tuberculose pulmonaire, le malade a pu d'une façon générale vaquer à ses occupations, à part quelques périodes d'arrêt et de repos forcé, et malgré quelques périodes fébriles plus accusées.

Depuis six mois environ est apparue, à la région anale, une ulcération, d'abord minime, mais dont les dimensions se sont accrues peu à peu jusqu'à l'état actuel. Elle est extrêmement douloureuse, soit au moment de la défécation, soit même en

dehors d'elle, dans la marche, dans la position assise et même au repos de nuit.

Le malade, qui est pâle et qui tousse toujours avec expectoration muco-purulente, a maigri de 3 kilos; il présente des sueurs nocturnes.

A la date du 5 mars 1924, où il nous est adressé par un confrère pour sa lésion anale, on constate, à gauche, une ulcération assez étendue, un peu fissuraire, mais qu'on peut étaler en écartant les fesses et présentant alors une forme vaguement ovalaire, à extrémité extérieure arrondie et s'effilant en allant vers l'anus dans lequel elle plonge. Cette ulcération présente environ 5 centimètres dans son grand diamètre, parallèle aux plis radiés de l'anus, et 3 centimètres dans sa partie la plus large. Les bords en sont taillés à pic, décollés, mous, un peu irréguliers, sans infiltration notable; le fond est un peu anfractueux, un peu vermoulu; il est le siège d'une suppuration peu abondante. Toutes les manipulations faites pour examiner la lésion sont extrêmement douloureuses.

Les traitements institués jusqu'alors, applications de pom-mades diverses, cautérisations au nitrate d'argent, n'ont eu aucun effet favorable et l'ulcération a continué à s'étendre et à être très douloureuse au point de rendre la vie insupportable au patient.

Aucun foyer nodulaire, aucune érosion ou ulcération ne sont constatés au voisinage de la lésion. Deux ganglions du pli inguinal gauche sont augmentés de volume, atteignant celui d'une noisette; ils ne sont ni douloureux ni adhérents.

A l'examen pulmonaire on trouve, au sommet droit, des signes évidents d'infiltration bacillaire avec craquements et râles humides de ramollissement sans signes cavitaires; à gauche des signes d'induration avec craquements après la toux. L'expectoration contient des bacilles de Koch,

Pas d'autres stigmates pathologiques : cœur, foie, rate, estomac, intestin paraissent en bon état; il n'y a pas de diarrhée; on note seulement une diminution notable de l'appétit. Ni sucre, ni albumine.

En présence de ces symptômes, le diagnostic fait est celui d'ulcération tuberculeuse de l'anus.

En raison des bons résultats obtenus dans le traitement des lupus ulcérés scarifiés, par les cautérisations au chlorure de zinc en solution alcoolique et la teinture d'iode, on songe à essayer ces cautérisations sur cette ulcération tuberculeuse rebelle jusqu'ici à toute thérapeutique. Dès le premier examen donc, après avoir bien étalé l'ulcération, on la badigeonne avec un tampon de coton hydrophile imbibé de la solution de chlorure de zinc (chlorure de zinc, 3 gr. alcool à 80° q. s. pour 10 cc.). La douleur provoquée est extrêmement violente, presque syncopale et dure plus d'une heure. La surface de l'ulcération, sous l'action du chlorure de zinc, devient blanche. Quelques instants après, on fait un badigeonnage à la teinture d'iode pure.

Jusqu'au prochain examen, le malade fera, chaque jour, après une simple toilette, un badigeonnage local avec de la teinture d'iode étendue (teinture d'iode 5 centimètres cubes, alcool à 50° 35 centimètres cubes).

Le 24 mars, le malade est revu; il accuse une amélioration considérable des phénomènes douloureux. Lors de la dernière visite, lorsque la douleur produite par la cautérisation a été calmée, les sensations douloureuses ont été considérablement atténuées.

A l'examen, l'ulcération s'est sensiblement rétrécie et les bords paraissent se recoller. On fait une nouvelle cautérisation à la solution de chlorure de zinc suivie d'un badigeonnage à la teinture d'iode pure. Ces manipulations sont encore extrêmement douloureuses, mais beaucoup moins cependant que la première fois.

Le 6 juin, l'amélioration s'est encore accrue; l'ulcération s'est notablement rétrécie, mesurant seulement 2 centimètres de largeur sur 4 centimètres de longueur; les bords recollés et aplanis semblent le point de départ d'une épidermisation nette. On refait une nouvelle cautérisation au chlorure de zinc et à la teinture d'iode.

Le 11 juillet, l'amélioration a encore progressé; les douleurs ont à peu près disparu; la sensation douloureuse consécutive à la dernière cautérisation a été relativement courte et n'a duré guère qu'un quart d'heure. La cicatrisation s'opère progressivement et l'ulcération a certainement diminué de plus de moitié. On refait une nouvelle cautérisation, très peu douloureuse cette fois.

Le 26 juillet la cicatrisation est à peu près complète; il reste à peine une ulcération des dimensions d'une pièce d'un franc en voie d'épidermisation. On fait cependant une nouvelle cautérisation semblable aux précédentes, à peu près indolore cette fois et l'on recommande au malade d'aller se reposer dans le Midi au bord de la mer en faisant de l'héliothérapie générale prudente en raison de l'état pulmonaire et en continuant les badigeonnages alcool-iodés jusqu'à la guérison complète.

Le 2 octobre, le malade est revu, entièrement guéri de son ulcération anale qui a disparu en laissant une cicatrice souple, nullement gênante et peu visible au milieu des plus radiés. L'état général s'est amélioré sensiblement; le malade a engraisé de deux kilos. Les ganglions inguinaux sont à peine perceptibles, mais le malade tousse toujours et les signes pulmonaires sont à peu près semblables à ce qu'ils étaient lors du premier examen.

OBSERVATION II

(MM. le Professeur Nicolas et Docteur M. Pillon, publiée dans le N° 2 de « La médecine », de 1926).

L... François, 72 ans, est envoyé en consultation d'un service de tuberculeux le 18 juin 1926, pour une vaste ulcération buccale siégeant sur la lèvre supérieure. Ancien tousseur, crache des bacilles de Koch. Etat cachectique prononcé.

L'ulcération a débuté il y a cinq mois et s'est lentement et progressivement accrue. A l'examen, vaste ulcération, profonde, de fond gris jaunâtre, grenu, à bords découpés; de grains jaunes typiques; pas d'infiltration de base; pas de saignement. Ses dimensions sont considérables; elle occupe en largeur une bonne moitié de la surface muqueuse de la lèvre; en hauteur elle s'étend presque jusqu'à l'arcade dentaire. La lésion est très douloureuse, si douloureuse même qu'il devient presque impossible d'alimenter le malade. On conseille au malade des cautérisations à l'acide lactique.

Le 20 juillet le malade ne présente aucune amélioration; les cautérisations à l'acide lactique n'ont produit aucune modification de la lésion; la dysphagie, au contraire, semble s'être encore accentuée.

On fait une cautérisation à la solution de chlorure de zinc alcoolique au tiers, suivie d'un attouchement à la teinture d'iode pure. La cautérisation est extrêmement douloureuse; la douleur dure une bonne heure.

Le 30 juillet, le malade se dit transformé; il mange sans douleur; l'ulcération s'est très modifiée; elle s'est aplanie; sa surface ne présente plus cet aspect grenu et suppurant qu'elle avait auparavant; elle est lisse, rose, de bel aspect.

Le 10 août, l'aspect est le même qu'au dernier examen; le malade ne souffre que très peu et peut s'alimenter à peu

près sans gêne; mais l'état général a baissé très sensiblement. On fait une seconde cautérisation.

Le 27 août, le malade meurt dans la cachexie; son ulcération étant restée stationnaire.

OBSERVATION III

(MM. le Professeur J. Nicolas et Docteur M. Pillon, publiée dans le N° 2 de « La Médecine », 1926).

C... Pierre, 14 ans, entre à la Clinique de l'Antiquaille le 9 février 1926, pour un lupus du nez très volumineux, très bourgeonnant; il présente en outre sur la cloison une vaste ulcération atteignant à peu près les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Du 9 février au 17 juillet le malade a eu cinq séances de cautérisations à la solution de chlorure de zinc et à la teinture d'iode pure. Ces cinq cautérisations successives, faites à l'intervalle de trois semaines environ, ont suffi à cicatriser totalement l'ulcération. Ajoutons que le lupus cutané, traité par six séances de scarifications suivies de cautérisations au chlorure de zinc et à la teinture d'iode, peut être considéré actuellement comme guéri; il ne reste plus que quelques rares nodules noyés dans la sclérose.

OBSERVATION IV

(MM. le Professeur J. Nicolas et Docteur M. Pillon, publiée dans le N° 2 de « La Médecine » de 1926.

R... I..., quinze ans, atteint de lupus ancien du nez et de la joue, vient consulter le 1^{er} juin 1926, pour deux ulcéra-

tions lupiques profondes, irrégulières de contour, à bords déchiquetés, à fond suppurant, tout à fait typiques, l'une siégeant sur l'aile du nez, l'autre sur la joue. Rompant avec notre habitude de traiter ces sortes d'ulcérations par des scarifications suivies de cautérisations, nous décidons d'essayer les cautérisations seules.

Une première cautérisation est faite le 1^{er} juin. Le 20 juin les ulcérations ont diminué considérablement de largeur, leurs bords se sont recollés; elles sont devenues de véritables exulcérations planes. Une seconde cautérisation est pratiquée; le 8 juillet les lésions sont à peu près complètement cicatrisées.

OBSERVATION V

B... Jean, 19 ans, manœuvre. Rentre à la salle Gailleton pour une ulcération de l'avant-bras droit. Cette ulcération est apparue en mars 1927. Le malade fut hospitalisé à la Croix-Rousse, chez le Docteur Gayet comme suspect de phtisie. Pour sa plaie du bras on lui a fait du muthanol mais l'amélioration fut à peine sensible.

A l'heure actuelle on voit une ulcération située sur le tiers inférieur de la face antérieure de l'avant-bras droit, longue de huit centimètres sur 2 1/2, cicatrisée sur une partie de sa superficie, mais la cicatrice est décollée du plan profond. Au-dessous, l'ulcération est aux bords profondément décollés, avec un fond rougeâtre ne saignant pas facilement.

Le 29 septembre 1927, cautérisation au chlorure de zinc alcoolique à 3/10.

Le 17 octobre 1927, grande amélioration par la cautérisation. La plaie est à moitié cicatrisée. On fait une nouvelle cautérisation de chlorure de zinc.

Le 5 novembre, le malade demande à sortir, car sa plaie est

presque entièrement cicatrisée, sauf sur une petite partie centrale de moins d'un centimètre carré.

Il devait revenir pour continuer le traitement, mais nous ne l'avons pas revu et nous avons demandé de ses nouvelles à l'adresse qu'il avait laissée, mais les lettres nous sont revenues avec mention : « parti sans laisser d'adresse ».

OBSERVATION VI

D... Thomas, 34 ans. Vient à la consultation, le 3 juillet 1927 pour une ulcération de la région commissurale de la joue droite.

A. P. : Bronchite au régiment, réformé en 1914 par bronchite suspecte. Il y a trois ans, hémoptysie.

Actuellement assez bon état général.

Depuis six mois apparition de la lésion actuelle qui n'est pas douloureuse, sauf par contact avec croûte de pain ou alcool.

A l'examen : ulcération des dimensions d'un petit haricot, irrégulière, à bords un peu décollés, à fond lisse, non sanieux. Base infiltrée.

Pas de points jaunes autour de la lésion. Pas d'adénopathie. Absence de dents altérées pouvant être la cause de l'ulcération.

On ne trouve pas de B. de Koch dans l'ulcération ni dans les crachats.

Cautérisation au chlorure de zinc au 3/10 alcoolique suivie d'application immédiatement de teinture d'iode.

7 décembre 1927 : Inoculation au cobaye des crachats.

9 décembre 1927 : Six jours après la cautérisation, le malade s'est trouvé soulagé quant aux douleurs provoquées par l'ulcération.

14 décembre 1927 : L'amélioration continue; la plaie est absolument détergée. Le malade ne souffre plus.

5 janvier 1928 : Résultat de l'inoculation : Ganglions non caséux au point de l'inoculation. Hypertrophie des ganglions de la région lombaire. Rate et foie couverts de granulations et de tubercules, dont quelques-uns en état de fonte purulente.

25 janvier : A l'heure actuelle l'ulcération est à peu près guérie. Il ne subsiste plus qu'une cicatrice déprimée. Une seule cautérisation a donc suffi. On met le malade à l'huile de foie de morue.

11 mai 1928. La guérison persiste; l'ulcération reste cicatrisée.

OBSERVATION VII

M... Marie, 21 ans. Vient à la consultation pour gommès multiples disséminées et une ulcération au niveau de la face antérieure de l'avant-bras droit, ayant les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, à bords décollés et déchiquetés, dont le fond est formé par un énorme bourgeon, recouvert de sérosités purulentes. Les bords sont entourés d'une zone rouge à contours violacés. Cette ulcération date du mois d'avril et a été précédée d'une tuméfaction fluctuante. Pas de ganglions axillaires.

Peu à peu sont apparues d'autres tuméfactions semblables au niveau de la face, du menton et de la cuisse droite. A noter l'existence d'une tuméfaction très fluctuante de la région angulo-maxillaire droite, dont la ponction ramène un liquide séro-muqueux (kyste salivaire partidien datant de 3 mois).

Le 7 juin 1928, on fait un ensemencement du milieu de Sabouraud et inoculation au cobaye du pus prélevé au niveau de l'ulcération de l'avant-bras droit.

Pas d'antécédents de tuberculose. Mariée, mari bien portant, de même que les deux enfants. Pas de fausses-couches.

On la met au traitement local : lavage à l'eau d'Alibour et pomade au Baume de Pérou à 5 %.

Le 16 juin, culture sur Sabouraud *négative*. La plupart des gommages sont améliorées par le traitement indiqué, sauf l'ulcération de l'avant-bras droit.

Le 2 juillet, on sacrifie le cobaye; l'autopsie donne des résultats suivants : Ganglions inguinaux caséeux, ganglions lombaires suspects. On inocule un second cobaye avec des ganglions lombaires du précédent.

Le 11 juillet 1928, les gommages de la région du genou et de la cuisse droite sont à peu près cicatrisées, mais restent violacées. La gommule du menton n'est pas modifiée.

Le kyste salivaire parotidien ne s'est pas reproduit.

La gomme de l'avant-bras droit reste violacée avec un bourgeon central. Les bords restent flottants, très amincis, largement décollés et violacés. Pas d'adénite épitrochléenne ni axillaire de ce côté.

On commence le traitement par des cautérisations de chlorure de zinc au 3/10°. Le cobaye inoculé de 2/7° présente déjà quelques ganglions suspects.

Le 31 juillet 1928, le cobaye présente un chancre d'inoculation très net. Les ganglions de l'aine trachéo-bronchiques, lombaires, tous hypertrophiés, sont parsemés de fines granulation milliaires, de même que le foie et la rate, très augmentés de volume aussi.

La virulence de la tuberculose s'est donc nettement accrue par le second passage sur le cobaye.

Le 18 août 1928, la malade revient pour une seconde cautérisation. On constate une amélioration considérable de la lésion; il persiste au milieu de la cicatrice une partie encore

ulcérée, grosse comme une petite pièce de nickel de 5 centimes.

Deuxième cautérisation.

Le 11 janvier 1929, toutes les gommès que présentait la malade sont cicatrisées.

OBSERVATION VIII

S... Mohammed, 46 ans, manœuvre. Vient à la consultation le 17 août 1928, pour des ulcérations gommeuses de la face, ayant fait leur apparition depuis six mois.

D'autres siègent au niveau de l'angle gauche de la mâchoire, dans la région sus-thyroïdienne ont le fond cicatrisé (il a été opéré, paraît-il, mais est difficile à comprendre, s'exprimant très mal en français). Ultérieurement sont apparues d'autres ulcérations (il y a 3 mois) et existent encore aujourd'hui à gauche sur le cou, le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, au nombre de deux et à l'aspect de gommès ulcérées. En outre, plusieurs gommès existent dans la région parotidienne du même côté.

A. P. : On n'arrive pas à savoir si le malade a eu la syphilis. On fait une prise de sang pour R. W. et on inocule un cobaye avec le produit purulent grumeleux d'une gomme non ouverte.

Le 20 août 1928, on commence une série de Novarsénobenzol 0,15, 0,15, 0,30, 0,45, 0,45, 0,45 et le 22 octobre on termine par un 0,60. *Aucune amélioration.*

Le 26 octobre, le cobaye, mort, a été autopsié: ganglions de cuisse hypertrophiés et caséeux. La rate est littéralement farcie de granulations tuberculeuses; le foie présente également plusieurs granulations ainsi que les poumons.

Le diagnostic de tuberculose ne fait plus aucun doute.

Devant l'insuccès absolu du traitement anti-syphilitique et

même avant l'autopsie du cobaye inoculé, on avait déjà fait une cautérisation au chlorure de zinc à 3/10°. Deuxième cautérisation.

Le 12 novembre, amélioration notable, les gommès ulcérées ne donnent maintenant qu'un peu de sérosité louche, leurs bords ne sont plus aussi décollés et le fond, devenu moins anfractueux, se déterge.

On fait une troisième cautérisation.

Le 20 décembre, les gommès cautérisées se sont cicatrisées, mais les ganglions sous-maxillaires *droits* présentent une fluctuation et paraissent devoir s'abcéder à bref délai.

On conseille au malade de retourner en Algérie pour changer de climat et faire de l'héliothérapie.

Depuis cette date, il n'est plus revenu.

OBSERVATION IX

L... Jean, 38 ans, vient à la consultation le 5 octobre 1928, pour des gommès multiples.

A. H. : Père vivant, mère morte de maladie inconnue. Les parents ont été toujours bien portants et on ne peut pas penser à la tuberculose.

A. C. : Fils unique; plusieurs frères et sœurs sont morts jeunes d'affections inconnues.

A. P. : Le malade affirme avoir toujours été bien portant. A été prisonnier pendant 48 mois en Allemagne et, depuis cette époque, il s'enrhume facilement, tousse et crache beaucoup chaque hiver.

Marié, sans enfant. Femme de santé délicate; une fausse-couche de 3 mois et un curetage consécutif.

Nie absolument la syphilis et toute affection vénérienne.

A l'examen : Plusieurs gommès, disséminées sur différentes parties du corps : cou, poitrine, épaule, avant-bras droit. La

première, celle du poignet, est apparue il y a 2 ans environ; puis celle au niveau du sternum, en dernier lieu celle, ulcérée, au niveau de l'épaule droite, il y a une quinzaine de jours.

La gomme de l'épaule droite se présente sous la forme d'une ulcération, de dimension d'une pièce de 2 francs, presque arrondie, à bords taillés à pic, entourée d'une zone inflammatoire, s'étendant sur plus d'un centimètre autour de la lésion.

Le fond est bourgeonnant, avec des petits clapiers, renfermant du pus. L'ulcération est peu douloureuse. Il n'y a pas de ganglions épitrochléens ni sous-claviers. Ganglions axillaires discrets de deux côtés.

Au poignet : la gomme n'intéresse pas l'article et ne gêne pas les mouvements. Elle a la forme d'une tumeur longeant le bord radial de l'avant-bras droit. A la palpation, on sent une nodosité assez dure, non fluctuante, sous la peau, et mobilisable, n'adhérant pas au plus profond. Sa coloration est rouge foncée, tirant sur le violet. Il s'agit donc d'une gomme à l'état de crudité.

Tout à côté, sur la face dorsale du poignet, il existe une autre gomme, ramollie, recouverte d'une peau rouge amincie.

Au niveau du sternum : gomme ramollie, non encore ulcérée, fluctuante, recouverte d'une peau rouge amincie. La ponction amène un pus séro-grumeleux.

De chaque côté du sternum, on note l'existence de plusieurs gommes à l'état de crudité petites.

On inocule au cobaye, le 5 octobre, 1 cmc de pus, retiré par la ponction de la gomme sternale.

Culture sur Sabouraud négative.

Le 8 octobre 1928, première cautérisation au chlorure de zinc à 3/10^e (gomme de l'épaule).

Le 13 octobre 1928, deuxième cautérisation (gomme du sternum).

Le 31 octobre, on sacrifie le cobaye et on ne trouve pas de signes nets de tuberculisation: pas de ganglion caséeux, rien à la rate, au foie ni aux poumons.

On inocule un deuxième cobaye avec un ganglion lombaire prélevé sur le premier.

Le 6 novembre, On inocule un troisième cobaye en ponctionnant la gomme du poignet, devenue plus volumineuse et fluctuante. Au trocart, on retire difficilement un liquide sanguinolent et grumeleux qu'on inocule à l'animal.

On fait une prise de sang pour R. W. et R. de Hecht (résultat le 15 décembre 1928, *très positifs.*)

Les deux gommages : celle de l'épaule et celle du sternum, qui ont été traitées par les cautérisations, se sont cicatrisées complètement, gardant leur teinte violacée.

Le 19 décembre 1928, le troisième cobaye, inoculé le 6 novembre, étant mort, on fait l'autopsie de l'animal : pas de tuberculose; pas de ganglions hypertrophiés; rien au foie, à la rate ni aux poumons. Résultat : *négatif.*

On sacrifie en même temps le deuxième cobaye, inoculé le 31 octobre avec un fragment de ganglion, prélevé sur le premier; le résultat de l'autopsie est également négatif : pas de trace de lésions tuberculeuses.

Le 22 décembre 1928, en présence des résultats négatifs successifs des inoculations et de la séro-réaction fortement positive, M. le Professeur Nicolas fait mettre le malade au traitement d'épreuve spécifique.

Première injection de Néo. 0,15.

Le 3 janvier 1929, le malade revient pour sa deuxième piqûre et on constate déjà une amélioration très nette de gommages, qui sont en régression marquée. Néo. 0,30.

Le 10 janvier, Néo. 0,45. Le 17 janvier, Néo. 0,60. Le 24 janvier, Néo. 0,75. Le 31 janvier, Néo. 0,75.

A la date du 31 janvier 1929, le malade, qui vient d'achever sa première série de Novarsénobenzol présente toutes ses

lésions guéries : notamment la grosse gomme du poignet droit a disparu complètement.

Donc, le traitement d'épreuve a confirmé la réaction de Wassermann et d'Hecht: il s'agissait bien des gommes syphilitiques et non tuberculeuses.

OBSERVATION X

R... Angèle, 7 ans. Vient à la consultation le 4 février 1929 pour un scrofuloderme angulo-maxillaire g. de nature bacillaire.

A. H. : Père tousseur, mère bonne santé habituelle.

A. P. : Apparition, il y a 3 mois, fistulisation il y a un mois environ.

Trois séances successives de rayons ultra-violets n'ayant donné aucune amélioration, on incise le scrofuloderme au bistouri le 13 février et on cautérise énergiquement l'intérieur avec un petit tampon stérilisé, monté sur une baguette et imbibé de chlorure de zinc à 3/10°.

Le 22 février, très grande amélioration : le ganglion ponctionné et cautérisé a diminué de plus de moitié de sa grosseur antérieure et ne donne plus qu'un peu de sérosité.

Le 5 mars 1929, deuxième cautérisation de chlorure de zinc. La cicatrisation a commencé, les bords ont la tendance à se recoller et le fond est détergé.

Conclusions

I. — La méthode du traitement des tuberculoses cutanées ulcéreuses par les cautérisations avec la solution alcoolique forte de chlorure de zinc (chlorure de zinc, 3 gr. ; alcool à 80° Q. S. pour 10 gr.), préconisée par M. le professeur Nicolas : une cautérisation toutes les trois semaines environ, suivie immédiatement d'une application de la teinture d'iode et continuée par les badigeonnages quotidiens d'alcool à 50° iodé (1/10^e), — constitue un traitement rapide et à effets heureux.

II. — Le temps nécessaire ne dépasse pas 18 semaines au maximum et le plus souvent est inférieur à ce délai ; le nombre des cautérisations n'est jamais supérieur à 6.

III. — Elle est très bien tolérée par les tissus et ne détermine jamais d'escharres, si les séances ne sont pas trop rapprochées. La douleur provoquée est vive, mais passagère, et les malades accusent tous une sédation très nette des phénomènes douloureux continus, si fréquents dans les ulcérations bacillaires.

IV. — La cicatrice obtenue est souple, non rétractile et esthétique et on ne constate jamais des chéloïdes.

V. — La guérison stable est très fréquente et une très grande amélioration est obtenue toujours.

VI. — Cette méthode est simple, rapide et efficace, à la portée du praticien, peu coûteuse, — et mérite d'occuper une place de premier plan dans le traitement des tuberculoses cutanées ulcéreuses (ulcère tuberculeux proprement dit; gomme tuberculeuse ulcérée; tuberculose cutanée fongueuse et lupus ulcéré exedens ou vorax).

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

NICOLAS.

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 2 Mars 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

GHEUSI.

Bibliographie

- A. ANDOUARD. — Nouveaux éléments de pharmacie. (L.-B. Baillière et Fils, édit., Paris, 1928, 8^e édition).
- BIZARD, MARCERON. — Emploi du permanganate de potassium en poudre dans le traitement des lupus tuberculeux. (*Congrès de Bruxelles. V- Congrès de Dermatol. et vénéréol. de langue française*, 1926, p. 305-309.)
- Traitement du lupus tuberculeux par le curettage, suivi d'application du permanganate de potassium porphyrisé. (*Bulletin de la Soc. franç. de Dermatol. et Syphiligr.*, Paris, 1926, XXXIII, p. 15-19.)
- Codex medicamentarius Gallicus* (Par la Commission royale des Professeurs, Paris, 1837, Béchét, édit.).
- Codex medicamentarius Gallicus* (Par la Commission Impériale des Professeurs, Paris, 1886, P. Baillièrre, édit.)
- DARIER J. — *Précis de Dermatologie*. (Masson et C^{ie}, édit., 1928, Paris, 4^e édition.)
- Traitement du lupus par un caustique électif : Le beurre d'antimoine. (*Bull. de la Soc. franç. de Dermatologie et Syphiligr.*, Paris, 1926, XXXIII, p. 72-74.)
- DU CASTEL. — Traitement du lupus tuberculeux par les caustiques chimiques. (*Journal de Médecine de Paris*, 1926, XLV, p. 792 et 891.)
- Formulaire des Hôpitaux de Lyon*. (Perrin, édit., 1842, Lyon.)
- FOY F. — *Nouveau Formulaire des Praticiens*. (Baillièrre, édit., Paris, 1837.)

- GOUBEAU. — Traitement des tuberculoses cutanées et du lupus. (*Evolution Médico-Chirurgicale*, Paris, 1924, V, p. 69.)
- GOUGEROT. — Tuberculome massif hypodermique, fibreux et fistulisé. (*Bull. de la Soc. franç. de Dermatol. et Syphiligr.*, Paris, 1926, XXXIII, p. 8.)
- Tuberculome sous-cutané, massif, fibreux et fistulisé. (*Paris Médical*, LXI, 1926, p. 73.)
- GUBLER A. — Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius. (Paris, 1866, Baillière, édit.)
- HALKIN, FRANÇOIS, DEKAYSER. — L'état actuel des traitements des tuberculoses cutanées et des lupus. (*Bruxelles Médical*, 1926, p. 1208.)
- HANSEN P. — Ueber die Sanokrysinbehandlung der Hauttuberculose (*Dermatologische Wochenschrift*, 1926, LXXXII, p. 46-50).
- HÉBRA F. — *Traité des maladies de la peau*. (Trad. française du Docteur A. Doyon, Masson, édit., Paris, 1874.)
- HÖRNICKE C. B. — Indikationen und Ergebnisse der Strahlenbehandlung Bei Hauttuberkulose. (*Tuberkulose München*, 1926, VI, p. 75.)
- HUFSCHMIDT Dr. — L'or dans la thérapeutique des tuberculoses cutanées. (*Paris Médical*, LXI, p. 135, 1926.)
- LANNELONGUE O. — La tuberculose chirurgicale. (Masson, édit., Paris, sans date.)
- Note sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode sclérogène. (*Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1891, t. XVIII, p. 770-775.)
- Discussion sur les effets de la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. (*Ibid.*, p. 775-778.)
- La méthode sclérogène dans le traitement des tuberculoses. (*Gazette hebdom. des Sciences médicales de Bordeaux*, XIII, 1892, p. 233-236.)

- Technique de la méthode sclérogène; statistique et présentation des malades. (*Mercredi Médical*, Paris, 1892, p. 229-232.)
- LARS EDLING Dr. — Aperçu sur le traitement des tuberculoses externes par les rayons de Roentgen. Rayons X. (*Paris Médical*, LX, 1926, p. 1127 et suiv.)
- LÉMERY Nicolas. — *Nouveau Dictionnaire des Drogues simples et composées*. (Paris, 1701.)
- *Pharmacopée universelle*, etc. (2^e édit., Paris, 1716.)
- *Pharmacopée universelle*, etc. (4^e édit., 1748, Amsterdam.)
- LOUSTE, THIBAUD, MARIN. — Tuberculose ulcéreuse de la joue, guérie par les rayons ultra-violets. (*Bull. de la Société franç. de Dermatol. et Syphiligr.*, XXXIII, 1926, p. 185-187.)
- LOUSTE DR. — Traitement chirurgical du lupus, associé à l'actinothérapie générale (*La Médecine*, Paris VIII, 1926, p. 116-118).
- MOUTOT H. DR. — La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires (*Thèse*, Lyon, Maloine, édit. 1907).
- NICOLAS J. et MOUTOT H. — Traitement du lupus par les scarifications associées à des cautérisations immédiates au chlorure de zinc au 1/10^e et à la teinture d'iode étendue (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphiligr.*, T. XXIV, 1913, p. 400-403).
- NICOLAS J., MOUTOT H. et PILLON M. — A propos du traitement du lupus nodulaire végétant par des scarifications avec cautérisations au chlorure de zinc alcoolique (*Bull. de la Soc. Franç. de Dermatol. et Syphiligr.*, T. XXXI, 1924, p. 166-167).
- NICOLAS J. et PILLON M. — Notes pratiques sur le traitement du lupus vulgaire de la peau (*La Médecine*, VI, 1924, p. 113-117).



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

° ° ° ° ° LYON ° ° ° ° °



